

ANNEE 1970

THESE

N^o

261

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Lucio GAMBINI

Né le 14 décembre 1940 à Tunis (Tunisie)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PROPOS D'UNE TRIPLE ASSOCIATION MALFORMATIVE :
UTERUS BICORNE, REIN PELVIEN, HEMI-VERTEBRE LOMBAIRE
S'ACCOMPAGNANT D'UN OVAIRE SURNUMERAIRE ECTOPIQUE**

Président : Mr. HUGUIER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550203_0010

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Lucio GAMBINI

Né le 14 décembre 1940 à Tunis (Tunisie)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PROPOS D'UNE TRIPLE ASSOCIATION MALFORMATIVE :
UTERUS BICORNE, REIN PELVIEN, HEMI-VERTEBRE LOMBAIRE
S'ACCOMPAGNANT D'UN OVAIRE SURNUMERAIRE ECTOPIQUE**

Président : Mr. HUGUIER, Professeur



A mes Parents

A ma Femme

A Anne et Frank

A mes Beaux-parents

A tous les Miens.

A Monsieur le Professeur HUGUIER,

qui m'a fait le grand honneur de présider
cette thèse.

En témoignage de mon respect et de ma
profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Roger BOURIS,

Qui a bien voulu me confier le sujet
de cette thèse.

En témoignage de ma gratitude et de
mon respectueux attachement.

A tous mes Maîtres des Hôpitaux.

P L A N

I - ETUDE DU CAS RAPPORTE

II - DISCUSSIONS DES DIFFERENTS PROBLEMES POSES PAR CETTE
OBSERVATION.

III - CONCLUSION.

I - ETUDE DU CAS RAPPORTE

Il s'agit de Mme C.R., d'origine italienne, âgée actuellement de 30 ans, exerçant la profession de manutentionnaire.

L'histoire de cette malade remonte à :

OCTOBRE 1963 : PREMIERE GROSSESSE D'EVOLUTION SPONTANEE : MORT IN-UTERO A 7 MOIS $\frac{1}{2}$.

Alors âgée de 24 ans, sans antécédants gynécologiques particuliers (premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 26 jours, règles 3 à 4 jours) et sans aucun antécédent pathologique (excepté une appendicectomie à 12 ans), cette malade se trouve enceinte pour la première fois, grossesse aboutissant à une mort in-utéro à 7 mois $\frac{1}{2}$, suivie de rétention et d'expulsion spontanée vers 8 mois, d'un fœtus de sexe féminin, mort et macéré, peut-être mal formé, aux dires de la mère, ce qui n'a pu être vérifié.

MARS 1965 : DEUXIEME GESTATION : PREMIERE GROSSESSE EXTRA-UTERINE DROITE A FORME PSEUDO-ABORTIVE AYANT ENTRAINE UNE INTERVENTION CONSERVATRICE SUR LA TROMPE.

Hospitalisation d'urgence à l'Hôpital Lariboisières pour métrorragies et expulsion spontanée de débris de nature indéterminée, nécessitant un curetage en urgence.

La malade quitte le service et reprend même son travail ; 15 jours après, nouvelle hospitalisation à l'Hôpital Saint Louis pour douleurs pelviennes très vives avec syncope. A l'admission on trouve une masse latéro-utérine droite avec douleur au niveau du Douglas, ce qui fait pratiquer une coelioscopie (Dr BOUKRIS).

Compte-rendu de la coelioscopie : Utérus de volume normal, annexe gauche RAS, la région latéro-utérine droite et l'annexe droite sont masqués par un caillot noir.

Décision d'intervention : Incision de Pfannenstiel, grossesse ampullaire droite non rompue, caillots dans le Douglas, extraction de l'oeuf par salpingotomie, le long du bord supérieur de la trompe.

Restauration tubaire par suture à points séparés de soie 0000, après hémostase de la zone d'implantation de l'oeuf.

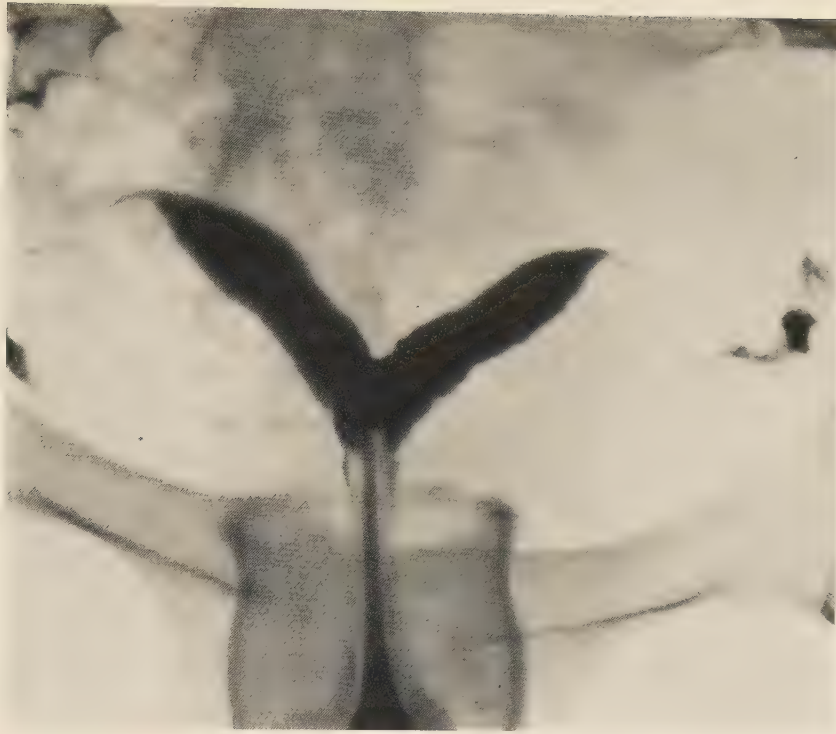
Par ailleurs, il existe un sillon médian du corps utérin, réalisant un utérus bïcorne ou cordiforme.

Les suites opératoires sont normales. La malade sort avec une ordonnance de Cortancyl, à raison de 10 mg par jour, pendant 10 jours.

JUIN 1965 : PREMIER BILAN CONFIRMANT UN UTERUS BICORNE UNI-CERVICAL ASSOCIE A DES MALFORMATIONS URINAIRES ET OSSEUSES.

La malade est revue en consultation, on pratique alors une hystéro-salpingorraphie qui montre un utérus bïcorne, unicol, avec images lacunaires médianes à la racine de la corne droite.

Les deux trompes s'opacifient normalement et sont perméables; la diffusion péritonéale est bonne; les images lacunaires semblent traduire l'existence de petites synéchies.



1ère Figure : Utérus bicorne unicervical.



2e Figure : U.P.R. - rein gauche en ectopie pelvienne croisée.
- noter l'agénésie partielle de l'hémi-vertèbre L 5.

Une urographie intra-veineuse est pratiquée le 10 juillet 1965 :

- Malformation osseuse : Le cliché sans préparation révèle une anomalie transitionnelle importante : agénésie partielle de l'hémi-vertèbre lombaire L5 entraînant une vascule du bassin vers la gauche et une déformation oblique ovulaire. Cette anomalie congénitale entraîne également une scoliose lombaire à concavité gauche avec rotation des corps vertébraux.

- Malformation urinaire : l'urogramme est normal à droite. A gauche, importante anomalie, l'uretère est placé en position présacrée horizontale. Il est impossible de situer le rein gauche. Il est donc utile de faire une uréthro-pyélographie rétrograde. On peut affirmer qu'il n'existe pas de ptose, mais une ectopie, avec uretère court. Une UPR est en effet pratiquée le 9 septembre 1965 qui montre un rein gauche en ectopie pelvienne croisée.

SEPTEMBRE 1965 : PREMIERE HYSTEROPLASTIE

On décide de pratiquer une hystéroplastie et une libération des synéchies. Intervention type Bret-Palmer.

Compte-rendu opératoire (Dr BOUKRIS) : l'utérus est développé transversalement avec une dépression sur le fond donnant un aspect bicorné.

La trompe droite est parfaite. On y retrouve sur l'ampoule les points de la salpingorraphie lors de la grossesse extra-utérine. Au niveau du promontoire, dans le mésosigmoïde, on palpe parfaitement bien le rein gauche qui est presque de volume normal : plastie type Bret-Palmer.

On profite pour faire une petite dilatation par voie haute jusqu'à la bougie n° 6 de Hégar et on libère de façon très satisfaisante la synéchie de l'hémi-utérus droit.

On termine par une suture utérine en deux plans sur la ligne sagittale.

1er plan : points en X catgut 0.

2è plan : surjet passé après avoir mis en place une très grosse sonde de Pezzer faisant office de ballonnet intra-utérin. En fin d'intervention l'utérus a repris une forme globuleuse normale sans sillon.

Le contrôle radiologique ultérieur montre une image d'utérus bicorné sans grand changement et on peut parler d'échec sous l'angle de la morphologie radiologique avec quand même l'absence de toute image de synéchie.

FEVRIER 1967 : AVORTEMENT SPONTANE A 2 mois $\frac{1}{2}$ D'UN OEUF IMPLANTE DANS LA CORNE DROITE DONT L'EXAMEN MONTRE UNE ANOMALIE CHROMOSOMIQUE.

La malade consulte de nouveau pour un retard de règles de 12 jours. L'examen note un utérus un peu gros, congestif, avec des culs-de-sac libres.

Peu après, elle est hospitalisée à l'hôpital Saint-Louis pour des hémorragies de sang rouge avec douleur pelvienne droite.

L'examen clinique est difficile. On perçoit un utérus gravide de 2 mois $\frac{1}{2}$, surtout développé au niveau de la corne droite; il ne semble pas exister de masse latéro-utérine.

Un dosage de Prolans est compris entre 500 et 2000 unités lapines. Les dosages hormonaux pratiqués sont un peu bas. Entre temps, l'hémorragie cesse et la malade sort avec un traitement hormonal.

On pense donc qu'il s'agit d'une grossesse intra-utérine développée au niveau de la corne droite dont l'évolutivité peut être discutée.

MAI 1967 - DEUXIEME HYSTEROPLASTIE

Nouvel épisode de métrorragies avec montée laiteuse.

A l'examen : utérus gravide de 2 mois $\frac{1}{2}$ environ, asymétrique, déformé au niveau de la corne droite, plus petit que ne le vaudrait l'âge de la grossesse. Pas de masse latéro-utérine mais : les dosages hormonaux sont effondrés : la réaction biologique de grossesse est négative à 100 U.L.

La malade est alors hospitalisée à l'hôpital Saint-Denis avec le diagnostic de rétention d'oeuf mort. On décide alors de pratiquer un curetage (Dr BOUKRIS) :

Exploration de la cavité utérine par voie basse qui permet le décollement d'un oeuf très réduit de 3 cm de diamètre, ratatiné, inséré dans la corne droite et qui est adressé au Docteur BOUE. L'examen tant endocavitaire qu'au palper sous anesthésie générale confirme l'impression de la persistance des deux cornes.

On décide alors, devant l'échec tant radiologique que clinique, de la première plastie utérine, de donner une nouvelle chance à la malade en reprenant celle-ci.

Compte-rendu de la deuxième hystéroplastie (Dr BOUKRIS) :

Reprise de la médiane sous-ombilicale.

Utérus d'aspect bicorne, la trompe droite et la gauche sont parfaites, en particulier la droite (grossesse actuelle).

Le pavillon a des franges normales et on note sur l'ampoule, les points de la raphie antérieure.

Résultat qui semble satisfaisant car cette trompe a été fonctionnelle, puisque l'oeuf était implanté dans la corne droite. Les ovaires sont normaux.

Incision médiane sagittale entre les deux utérus et résection sagittale para-médiane des deux côtés à la demande, de sorte qu'il y ait disparition totale de l'aspect bicorné.

Mise en place dans la cavité utérine d'une sonde de Fowley en ballonnet et d'une lame de forme triangulaire.

Suture de l'utérus essentiellement en un plan points séparés.

Suture de 2^e plan séro-musculaire en X et une lame de Spongel sur la ligne de suture antéro-postérieure.

Libération de fins voiles adhérentiels tubo-ovariens. 100mg de Cortisone puis Tifomycine.

Oestrogénothérapie post-opératoire avec antibiothérapie.

Les suites sont normales. Petit incident technique, le raccord de la sonde de Fowley étant percé.

La malade sort le 31 Mai 1967.

L'étude du caryotype de l'oeuf (Dr BOUE) montre une trisomie 47 XX + E.

Au moins de Septembre 1967, on pratique un nouveau contrôle hystérographique de la deuxième hystéroplastie qui montre une bifidité à peine moins marquée que précédemment, avec une petite image de synéchie au niveau de la corne droite.

La malade change alors de domicile.

MAI 1969 : DEUXIEME GROSSESSE EXTRA-UTERINE DROITE - DECOUVERTE D'UN OVAIRE SURNUMERAIRE ECTOPIQUE.

Nouvelle consultation à la Clinique d'Aulnay-sous-Bois :

- 7 -

Métrorragies plus retard de règles, nécessitant l'hospitalisation. L'examen évoque un début de grossesse au niveau de l'hémi-utérus droit. On s'abstient de pratiquer une coelioscopie en raison des antécédents chirurgicaux. Devant l'augmentation des métrorragies, une évacuation est décidée (Dr BAILLIF).

Un complément de dilatation jusqu'à la bougie numéro 12 permet d'explorer la cavité utérine qui semble normale. On ramène seulement quelques débris qui sont manifestement des caduques.

Un nouvel examen est alors pratiqué sous anesthésie générale, on retrouve parfaitement la masse pelvienne droite qui était prise jusque là comme une grossesse au niveau de l'hémi-utérus droit. Pendant cet examen, la masse se rompt sous le doigt. Décision d'intervention immédiate :

Intervention (Dr BOYER)

Reprise de la médiane avec excision de la cicatrice. Hémo-péritoine (500 g). Il existe bien une rupture d'un gros hémato-salpinx au niveau de la trompe droite.

Salpingectomie rapide, avec résection de la portion interstitielle de la trompe, suture au catgut.

Une exploration complète est alors possible :

Au niveau de l'abdomen, après nettoyage du sang épanché, dans les deux coupes diaphragmatiques, le foie, la vésicule, l'étage sus-mésocolique sont normaux. On trouve au niveau de l'angle droit un corpuscule gros comme une prune vascularisé, compact.

On en fait l'exérèse de manière systématique pour confirmation histologique. (Cet examen montre qu'il s'agit d'un ovaire aberrant contenant un gros corps jaune fonctionnel). Le cadre colique est normal. L'appendice est enlevé. Le grêle est normal sur tout son trajet, hormis quelques adhérences assez lâches qu'on libère.

- Au niveau du petit bassin, après la salpingectomie droite, il existe des adhérences importantes.

D'une part, en avant de la vessie, qui a été utilisée pour péritonisation qu'on respecte,

D'autre part, et surtout, au niveau de la face postérieure de l'utérus accolées à la face antérieure du rectum, fibreuses qu'on libère.

- Tel quel, on a entre les mains un utérus en forme de carte à jouer de taille un peu au-dessous de la normale (puisque en effet, il devrait être augmenté par la réaction de grossesse tubaire droite concomittante. L'ovaire droit est à peu près deux fois plus petit que le volume normal : à gauche la trompe gauche est normale, l'ovaire gauche est encore plus petit, trois fois plus petit que le volume normal, mais sans autre anomalie.

Au total, cette femme reste porteuse d'un utérus didelphe acceptable, d'une trompe gauche normale et de deux ovaires petits mais normaux. Il avait été question par le désir express de la malade de pratiquer une ligature des trompes, mais on ne s'en sent pas le droit, ni moralement, ni légalement, et l'on sera donc conservateur. On se contentera donc de fixer l'ovaire gauche de manière à ce que la trompe gauche reste à l'abri de nouvelles adhérences possibles en arrière de l'utérus.

Rangement soigneux de tous les organes.

Tyfomycine locale : I ampoule.

Hydrocortisone locale : I,00 mg.

Rangement du grêle.

Paroi en 2 plans.

Les suites opératoires sont normales, le compte-rendu anatomopathologique du corpuscule retiré au niveau de l'angle colique droit, en position sous-hépatique, montre qu'il s'agissait d'un ovaire abérrant contenant un gros corps jaune fonctionnel.

La malade est revue deux mois après, donc, la quatrième intervention en excellent état.

Au point de vue local, on note un léger ectropion.

A cette occasion, on profite pour demander une étude caryotypique du couple.

Celui-ci est pratiqué le 15 septembre 1969 (Professeur LEJEUNE). On ne trouve aucune anomalie chez la mère. Par contre, chez le père, dont la formule chromosomique est normale, il est noté une endocréduplication sélective d'un 2 ou 3 au niveau d'une cellule sur 38 cellules examinées. Accident isolé, non expliqué dont on ne peut tirer un pronostic mais faisant conclure à une instabilité chromosomique.

Il s'agit donc, au total :

- 1°) d'un couple dont le mari présente une petite anomalie chromosomique difficile à préciser.
- 2°) D'une femme présentant un utérus bicorne dont deux hystéroplasties successives n'ont que peu modifié la morphologie interne et externe.
- 3°) D'une malformation utérine dans laquelle s'associent d'autres malformations :
 - rénale
 - osseuse
 - ovarienne.
- 4°) D'une malade qui au cours de quatre grossesses, a eu : une mort in-utéro, deux grossesses extra-utérines au niveau de la même trompe (qui avait été conservée la première fois) et une grossesse interrompue à 2 mois $\frac{1}{2}$ au niveau de la corne droite d'un utérus bicorne dont l'examen de l'oeuf a montré d'importantes anomalies chromosomiques.

II - DISCUSSION

Cette observation suscite de nombreux points de discussion que nous nous contentons de poser.

I - L'ASSOCIATION MALFORMATIVE

L'utérus bicorne résulte d'une absence ou d'une insuffisance d'accollément des 2 canaux de Muller, pendant la seconde phase de leur développement au cours de laquelle s'édifie la forme extérieure de l'utérus.

Aux anomalies morphologiques de l'utérus, il est classique d'associer des anomalies de sa structure et les anomalies d'autres organes.

A - Les anomalies de structure :

- 1°) L'hypoplasie utérine : dans notre observation, il est difficile d'en parler devant cet utérus bicorne unicervical qui lors de la première grossesse est quand même arrivé au terme de 8 mois sans traitements particuliers, le fœtus étant expulsé mort et macéré pour une cause qui n'a pas été retrouvée.
- 2°) La béance cervico-isthmique : s'il est classique de la rechercher, il n'en existe, dans notre observation, ni preuve clinique, ni preuve radiologique.

B - Les malformations associées d'autres organes :

Notre observation est particulièrement intéressante sur ce point, car elle comporte des malformations du haut appareil urinaire, des malformations osseuses et en plus un ovaire surnuméraire ectopique.

1°) La malformation urinaire : Il s'agit dans notre cas d'un rein gauche en ectopie pelvienne croisée.

Les statistiques montrent que les malformations urinaires ne concernent que le quart de toutes les malformations du tractus génital et on les retrouverait dans 10 à 30°/° des cas de demi-matrices, l'ectopie s'observait relativement moins souvent que l'agénésie.

L'ectopie rénale s'effectuerait au cours de la 6^e, voire de la 7^e semaine, car le rein se trouve dès la 9^e semaine dans sa situation définitive. Cette anomalie apparaîtrait en même temps que celle du canal de Muller. Sur ce point, il nous faut préciser que si pour Muller en cas d'utérus bicorne, c'est toujours une agénésie qu'on retrouve et non pas une ectopie, ceci semble contraire à notre observation.

2°) La malformation osseuse : les malformations osseuses associées sont beaucoup plus rares que les malformations urinaires. Elles prédominent au niveau de la colonne lombo-sacrée. Il est intéressant de remarquer que chez notre malade, anomalie osseuse et anomalie urinaire se trouvent de côtés différents.

3°) L'ectopie ovarienne : Embriologiquement, l'ovaire situé primitivement dans la région lombaire réalise un abaissement relatif par rapport à la paroi postérieure de l'abdomen et arrive ainsi à se trouver dans le petit bassin. On arrive mal à expliquer, malgré cela, la situation de cet ovaire ou de cette portion d'ovaire ectopique.

II - MALFORMATION UTERINE ET FERTILITE

Malgré sa malformation et les interventions multiples subies notre malade a toujours été très facilement enceinte.

III - EVOLUTION DE LA GROSSESSE DANS L'UTERUS MALFORME

Sur ce point, notre observation ne fait que confirmer l'imprévisibilité de cette évolution. Les interruptions prématurées en sont la complication la plus fréquente, qu'il s'agisse d'avortement ou d'accouchement prématuré, et on sait à ce sujet, la diversité d'opinion concernant l'incidence du type de malformation sur la fréquence des accidents. Les auteurs américains soutenant que les malformations les plus importantes sont la cause d'un plus grand nombre d'accidents ce qui n'est pas admis par tous les auteurs français.

Notre observation est intéressante sur un autre point : la responsabilité de l'oeuf lors de ces accidents. En effet l'analyse du produit d'expulsion de la 3^e grossesse, qui s'est soldé par une fausse couche à 2 mois $\frac{1}{2}$, a montré une trisomie XX + E.

Il est difficile de faire la part des responsabilités, mais ceci doit inciter à l'examen des produits d'expulsion même lorsque une autre cause, en particulier malformative, peut paraître de façon évidente expliquer l'avortement.

IV - MALFORMATIONS UTERINES ET GROSSESSES ECTOPIQUES

A une première grossesse ampullaire traitée par salpingotomie ont succédé une grossesse utérine au niveau de la corne droite puis une nouvelle grossesse ectopique avec rupture d'hématosalpinx du même côté.

Certes, la première salpingotomie pourrait expliquer la récurrence, mais pourquoi aurait-elle permis une grossesse intra-utérine entre temps ?

Des lésions tubaires dystrophiques, fréquemment associées aux malformations utérines pourraient en être la cause.

Une autre explication paraît séduisante, si l'on admet que l'ovule a migré à partir de l'ovaire surnuméraire ectopique, comme peut le prouver le corps jaune fonctionnel qui se trouvait à son niveau. Le retard à la captation étant une cause bien admise de grossesse ectopique.

En conclusion : deux points méritent d'être soulevés : Y a-t-il eu malformation au niveau de la trompe favorisant la répétition des grossesses extra-utérines ou alors quel a été le rôle de l'ovaire ? La longue migration de l'oeuf pouvant également expliquer cette grossesse ectopique.

V - PROBLEMES CLINIQUES

Ils sont de deux ordres : diagnostic et thérapeutique.

A - Problèmes diagnostics :

Tout d'abord rappelons que le diagnostic de malformation utérine évoqué par la clinique ne peut être affirmé que par hystérosalpingographie, suivi de coelioscopie. Examen auquel on n'omettra pas d'ajouter des radiographies du rachis lombo-sacré et l'urographie intra-veineuse.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés bien connues du diagnostic de la grossesse extra-utérine, mais le diagnostic est particulièrement trompeur en cas d'utérus bicorne, la grossesse ectopique pouvant être prise pour un héli-utérus gravide.

B - Problèmes thérapeutiques :

Nous envisagerons successivement les résultats de la cure de la grossesse ampullaire par salpingotomie plus salpingorraphie et les résultats des plasties successives.

Le traitement de la grossesse ampullaire avec conservation de la trompe semble avoir été satisfaisant, la grossesse suivante développée dans l'hémi-utérus droit montrant que cette trompe est restée perméable et fonctionnelle au moins une fois, car elle a été ensuite le siège d'une nouvelle grossesse ectopique. Quant aux plasties utérines, nous rappellerons sans rentrer dans les détails, la technique de Palmer-Bret, qui semble la plus utilisée à l'heure actuelle. Elle consiste à fendre entièrement, sagittalement, le corps utérin jusqu'à l'orifice interne du col et à sectionner de bas en haut la cloison au niveau de chaque hémi-utérus. On suture ensuite, l'utérus ainsi normalisé le long de la ligne d'incision initiale.

Dans notre cas, bien que la réduction de la cloison ait été très large, surtout la deuxième fois, et que le résultat per-opératoire ait semblé bon, tant à la première qu'à la deuxième intervention, l'utérus a repris plus ou moins sa forme initiale, non seulement radiologiquement, mais ceci a pu être vérifié lors des interventions ultérieures.

N'a-t-on pas le droit de se demander si la direction des fibres myométriales, leur architecture et leur disposition n'interviendraient pas de façon primordiale.

D'autre part, l'indication d'hystéroplastie n'a-t-elle pas été posée dans un but trop perfectionniste, peut-être poussé par l'idée d'ajouter ce geste à la libération de la synéchie.

Ceci doit inciter à tenir compte des antécédents de façon précise et particulièrement à la possibilité d'avortement par aberration chromosomique avant de poser l'indication de l'hystéroplastie. Quant au problème posé par cette synéchie, il faut retenir le rôle traumatique du curetage dans l'apparition de celle-ci. Peut-être existe-t-il dans l'utérus mal formé, un endomètre encore plus sensible, en raison de certains troubles trophiques qui existeraient à son niveau.

VI - ROLE JOUE PAR LE CONJOINT

Un dernier point mérite d'être soulevé. Quel a été le rôle du père dans l'avortement ayant eu pour origine une trisomie 47 XX + E. Peut-on relier l'instabilité chromosomique du père à cet accident ? Le spermo-gramme aurait pu nous éclairer. Il n'a pas été fait ayant été refusé par l'intéressé.

La possibilité qui reste à notre malade de mener une grossesse normale à terme apparaît bien minime. Mais en admettant une grossesse toujours possible par sa trompe gauche restée intacte et dans le cas où une grossesse évoluerait dans cet utérus bicorne jusqu'au terme, et on sait l'imprévisibilité des évolutions d'une grossesse dans un utérus malformé, les problèmes n'en seraient pas résolus pour autant :

la césarienne ne serait discutée par personne devant cet utérus polycicatriciel, le rein pelvien pouvant jouer le rôle d'obstacle praevia.

Ceci nous amène à envisager quelle doit être notre conduite devant cette femme de 31 ans, 5^e geste, sans enfants vivants et au passé obstétrico-chirurgical si chargé qui nous réclame une ligature résection de la trompe restante. Si la stérilisation semble exclue, peut-on lui prescrire une contraception temporaire ?

Autant de problèmes que notre observation ne peut que poser.

III - CONCLUSIONS

Nous rapportons une observation originale d'une patiente ayant une association malformative avec :

- un utérus bicorne,
- un rein gauche en ectopie pelvienne,
- une héli-vertèbre lombaire droite,
- et un troisième ovaire surnuméraire fonctionnel en ectopie sous-hépatique.

- 1°) Nous notons la discordance dans cette association entre un utérus bicorne symétrique et les malformations asymétriques et croisées urinaires et osseuses.
- 2°) Nous sommes surpris par la facilité des fécondations, 4 grossesses au total, bien qu'en plus, cette patiente ait été opérée à 4 reprises.
- 3°) Nous devons cependant constater l'échec morphologique, tant interne qu'externe de l'utérus ayant subi 2 interventions plastiques, alors que l'intervention conservatrice sur la trompe droite semble avoir eu un résultat fonctionnel : nidation dans la corne droite de la grossesse suivante.
- 4°) Si aucune grossesse n'a été menée à terme le mécanisme d'interruption n'est pas univoque :

- Mort in utéro à 7 mois $\frac{1}{2}$ (grossesse menée spontanément près du terme).
- 2 grossesses extra-utérines droites.
- Un avortement spontané d'un oeuf intra-utérin avec anomalies chromosomiques.

Ce polymorphisme des interruptions de grossesse devrait les faire discuter de façon précise avant d'indiquer une intervention plastique sur l'utérus.

- 5°) Nous insistons sur la nécessité d'un examen systématique (si possible chromosomique) au cours d'un avortement afin de ne pas en rapporter la cause à la malformation utérine qui paraît évidente.
- 6°) Nous ne pensons pas qu'il existe une relation entre les anomalies ovulaires et les associations malformatives, mais nous estimons nécessaire de faire un bilan complet de toute malformation congénitale : étude clinique évolutive, hystérosalpingographie, coelioscopie, urographie intra-veineuse, radio de la colonne lombo-sacrée, dosages hormonaux, caryotype des parents et examen soigneux de la cavité pelvienne et abdominale en cas d'exploration chirurgicale pour mieux poser les indications dont on saura interpréter les résultats avec un esprit critique.

Vu, le Président de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur HUGUIER

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

MALFORMATIONS UTERINES ET URINAIRES ASSOCIEES

GILLET J.Y.

Malformations génitales. Malformations urinaires. Leur association chez la femme. (Etude statistique et pathogénique).
Thèse Strasbourg. 1965, n° 85, 162 pages.

VINOURE J.C.

Etat du haut appareil urinaire chez les femmes porteuses d'une malformation utérine majeure.
Thèse Paris, 1966, 80 pages.

DELLENBACH P., GILLET J.Y. et MULLER P.

Le syndrome anatomo-clinique de l'agénésie rénale bilatérale.
Sem. Hôp. Paris, 20 Mars 1967, 43, n° 14, 926-939 (Bibliogr.).

MULLER P., DELLENBACH P. et GILLET J.Y.

A propos d'une triple association malformative : rein pelvien solitaire, agénésie utéro-vaginale et absence d'une artère ombilicale.
Gynéc. Prat., 1967, 18, n° 2, 201-210 (Bibliogr.).

MULLER P. et ABOUSSOUAN G.

Les malformations de l'appareil génital féminin par arrêt de développement des canaux de Muller : essai de classification anatomo-clinique.
Rev. Med. Moyen-Orient, Janv.-Fév. 1967, 24, n° 1, 1-19 (Bibliogr.)

MULLER P., DELLENBACH P. et GILLET J.Y.

Séméiologie et diagnostic des malformations associées du tractus génital féminin et du haut appareil urinaire, qui peuvent leur être associées. Etude morphologique.
Sem. Hôp. Paris, 20 Mars 1967, 43, n° 14, 912-918 (Bibliogr.).

MULLER P., DELLENBACH P. et GILLET J.Y.

Séméiologie et diagnostic des malformations associées du tractus génital féminin et du haut appareil urinaire.
Sem. Hôp. Paris, 20 Mars 1967, 43, n° 14, 919-925 (Bibliogr.).

MULLER P. et Coll.

Etude du haut appareil urinaire chez les porteuses de malformations utérines. Etude de 133 observations.

Presse Méd. 27 Mai 1967, 75, n° 26, I331-I336, 21 fig. (Bibliogr.)

MUSSET R. et Coll.

Etat du haut appareil urinaire chez les porteuses de malformations utérines. Etude de 133 observations.

Presse Méd., 20 Mai 1967, 75, n° 24, I227-I232, 15 fig.

MULLER P.

Malformations génitales et urinaires associées chez la femme.

Gynaecologia, 1968, I65, n° 4, 285-294 (Teste français).

MALFORMATIONS UTERINES ET OSSEUSES

ROSSELET P.J.

Un cas rare de rachischisis avec des malformations multiples.

Schweiz. Med. Wschr. 5 Janvier 1952, 82, n° 1, I2-I4, 6 fig. (Bibliogr.)

GAUTHIER P. et GUIOT Y.

Malformation congénitale complexe des organes génitaux associée à des anomalies urinaires, lombo-sacro-coccygienne et à un anus vulvaire.

Gynéc. Obst. (suppl.) 1955, 7, n° 2, I93-I94.

BLUMEL J., EVANS E.B. et EGGERS G.W.N.

L'agénésie partielle et complète ou malformation du sacrum associée à des anomalies. Etude étiologique et clinique et considération sur l'hérédité article préliminaire.

J. Bone Joint Surg., Av. 1959, 41-A, n° 3, 497-518, 8 fig. (Bibliogr.)

WINTER G.R.

A propos d'une malformation des systèmes uro-génital et osseux.

Zbl. Gyn., 10 Mars 1962, 84, n° 10, 373-378, 9 fig.

BLUMEL J., BUTLER M.G., EVANS E.B. et EGGERS G.W.N.

Anomalie congénitale de la colonne sacro-coccygienne.

Arch. Surg., déc. 1962, 85, n° 6, 982-993, 12 fig. (Bibliogr.)

WALSZYNSKI Z. et USZYCKA-KARCZ M.

Prolapsus partiel de l'utérus, et héli-vertèbre chez un enfant de 1 mois. Une observation.

Polski Tygod. Lek., 1964, I9, n° 33, I920.

BERDON W.E., HOCHBERG B., BAKER D.H., GROSSMAN H. et SANTULLI T.V.

Association d'anomalies de la colonne lombo-sacrée et génito-urinaire et d'imperforation anale.

Amb. J. Roentgenol., Sept. 1966, 98, n° 1, I81-I91, 11 fig. (Bibliogr.)

PEARLMAN C.K., et BORS E.

Absence congénitale de colonne lombo-sacrée.

J. of Urol. Mars 1969, 101, n° 3, 374-378.

BEN ZINEB T., CHAABOUNI M., PANIEL B.J.

Triple malformation : génitale, urinaire et vertébrale (spina-bifida rein unique ectopique, absence d'utérus). A propos d'un cas.

Tunisie Med. Mars-Avril 1969, 47, n° 2, 103-107.

OVAIRES ECTOPIQUES OU SURNUMERAIRES

BURNETT J.E. Jr.

Ovaire surnuméraire. Rapport d'un cas.

Am. J. Obst. Gyn., Oct. 1961, 82, n° 4, 929-930.

DELANNOY E. et GAUTHIER P.

Ectopie lombaire de l'ovaire.

C.R. Soc. Franç. Gyn., Mai 1964, 34, n° 5, 389-395 (Bibliogr.)

MULLER P., LEVY G. et GILLET J.Y.

Les malformations ovariennes. Essai de classification.

Gynéc. Prat. 1968, 19, n° 6, 401-433, 6 fig. (Bibliogr.).

ROSS L. et CARLSON A.W.

La découverte accidentelle d'un ovaire surnuméraire.

Am. J. Obst. Gyn., 15 fév. 1968, 100, n° 4, 591-593.

DELECOUR M. et MONNIER J.C.

Ectopie lombaire de l'ovaire et complications.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.Déc. 1966, 18, n° 5, 468.

GROSSESSES EXTRA-UTERINES ET MALFORMATIONS GENITALES

ROCHET Y., BRONCHIER A. et CHEVILLARD R.

Grossesse tubaire associée à des anomalies graves de l'appareil génito-urinaire (hémi-utérus, rein pelvien).

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juillet-Septembre 1961, 13, n° 4, 418-419.

LACOMBE M.

Un cas de malformation congénitale des annexes associée à une grossesse extra-utérine.

Rev. Franç. Gyn. Obst. Mars 1962, 57, n° 3, 219-222.

